

# EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA OBSTRUCCION DE ORIGEN PROSTATICO

Por el Dr. REED N. NESBIT

(Traducción y Relato por el Dr. LEON D. ARRUES)

El cuidado de los pacientes que sufren de obstrucción urinaria ocasionada por enfermedades prostáticas, ha ocupado siempre un importante lugar en la práctica diaria, pero hoy es un problema de mayor magnitud porque durante los últimos cincuenta años el aumento de nuestra población, y el deseo de vivir placenteramente la ancianidad, ha aumentado en gran proporción el número de los prostáticos con trastornos en la evacuación, y que concurren a las clínicas.

La causa exacta de la hipertrofia prostática benigna en el hombre, es desconocida; no obstante, hay una real evidencia que los factores endócrinos juegan un importante papel, punto de vista reafirmado por el hecho de que los eunucos, castrados antes de los 25 a los 30 años, no padecen de esta afección.

Este hecho fué observado por los cirujanos del siglo XIX, quienes realizaban orquidectomías para el tratamiento del prostatismo. White, de Filadelfia, publicó una serie de casos tratados de esta manera en 1893, y determinó que muchos de esos pacientes experimentaban gran mejoría después de la castración.

La opinión contemporánea invalidó las publicaciones de White y la orquidectomía por obstrucción prostática cayó en desuso. Recientemente Huggins ha reinvestigado aquellos hechos y encontró que la castración tiene efecto sobre la próstata hipertrofiada, por la transformación que sufre el epitelio que siendo cuboide se hace aplanado, o también atrófico; pero, el arma-

zón fibro-muscular de la glándula no muestra proceso de metaplasia, y es insignificante o nula la disminución global del tamaño de la misma.

Recientemente endocrinólogos y urólogos han administrado hormonas estrógenas a enfermos con hipertrofia prostática y obstrucción urinaria. Mejorías sintomáticas han sido obtenidas en pocas oportunidades; la mayoría de los observadores ha encontrado muy pocos cambios en el examen objetivo de la glándula prostática.

Nuestra propia experiencia en el tratamiento por las hormonas es realmente desalentador. Pacientes que tratamos en el Hospital Universitario de Ann Arbor con hormonas estrógenas, apenas si han experimentado leves mejorías sintomáticas; pero, en ningún caso logramos determinar una disminución evidente en el tamaño del adenoma.

La mejoría del prostatismo es, pues, obra exclusiva del tratamiento quirúrgico, y existen hoy tres tipos de operación llamadas a ser útiles para este fin: prostatectomía suprapúbica, perineal, y transuretral.

Cada una de estas tiene su mérito y sus desventajas, y ninguna de ellas puede decirse que es ideal para todos los casos.

Las técnicas de la prostatectomía perineal y suprapúbica han sido puestas en práctica durante un largo período de tiempo y corrientemente aceptadas por la mayor parte de los urólogos. Menos cirujanos se han familiarizado con la resección transuretral por el hecho de su reciente desarrollo en el campo de la cirugía prostática. Es, pues, mi propósito en el presente trabajo, estudiar el rol de la resección transuretral, en este importante problema que es el tratamiento de la obstrucción uretral debida a la hipertrofia benigna de la próstata.

La resección transuretral no es un método nuevo; por el contrario es quizá uno de los primeros que se intentaron para el tratamiento de la obstrucción.

El prostatismo fué reconocido como entidad mórbida en los comienzos del siglo XIX, y además de la prostatectomía suprapúbica los cirujanos, en la era Listeriana, intentaron el tratamiento siguiendo la vía uretral.

En esta época existían litotomistas muy expertos y cirujanos adeptos a la uretrotomía interna, y es a ellos a quienes debe reconocerse las primeras observaciones sobre prostatismo, ya que aprendieron a diferenciarlo de los trastornos de obstrucción, debidos a los cálculos y a las estrecheces uretrales (claro está que ningún tratamiento fué ideado para mejorar dicha obstrucción). El tratamiento quirúrgico recién fué intentado después, en la era de la asepsia y la anestesia.

En 1806 Sir William Blizard efectuó el primer intento de resección transuretral por prostatismo, "efectuando la división de la próstata mediante

un doble surco practicado a ambos lados, e introduciendo por vía uretral un conductor sobre el cual se deslizaba el instrumento cortante". Esta operación era una simple adaptación de la litotomía perineal. La intervención no se popularizó ni fué realizada por ningún otro cirujano de esa época.

La segunda improvisación para la mejoría de la obstrucción (en este caso uretrotomía interna), fué la empleada por Stafford y presentada por él, publicada en el Journal de Medicina y Cirujía de Edimburgo, en 1831, Guthrie usa un tipo similar de instrumento para la incisión de la contractura inflamatoria del cuello vesical. Una lesión descrita por él en 1834 —la llamó barra mediana— término que se siguió usando durante una centuria.

Una tercera improvisación (en este caso se usó el litotritor), fué realizada por French, contemporáneo de Stafford, Mercier, y otros; usando con filo una de las ramas del litotritor trataban de incindir la lesión obstructiva. Pero, la operación propuesta y realizada en Francia no tuvo éxito. El abandono de todas esas técnicas y sus fracasos se debieron a que solo se efectuaba el corte y división del tumor y no la resección; había también un alto porcentaje de mortalidad debido a la hemorragia.

Bottini, en 1887, anunció el perfeccionamiento de su gálvano-cauterio que usaba como incisor, y que no era más que una modificación del litotritor, tal como lo había hecho la antigua escuela Francesa, pero provisto de una hoja cortante de platino, en vez de la antigua hoja de acero que tenía el aparato de sus predecesores; la hoja del aparato de Bottini fué conectada a una fuente de energía eléctrica con productores aislados.

El instrumento de gálvano-cauterio fué diseñado para producir la destrucción del tejido y lograr así la mejoría eventual de la lesión obstructiva. La grave desventaja del método era que el operador debía trabajar a ciegas.

En 1900 Freudember intentó subsanar esta dificultad agregando a este instrumento un sistema de lentes, pero las dificultades que se le presentaron lo obligaron a abandonar el método después de varios intentos. Otras modificaciones al aparato de Bottini fueron realizadas por Goldschmidt en Alemania y Wishard y Cheetwood en Estados Unidos. Todos estos instrumentos dieron resultados poco aleccionadores. Faltaba quizá lo más eficaz que era el medio de efectuar la hemostasia y la escisión del tejido prostático; el mejor de los resultados obtenidos por su uso era relativamente pobre y muy pocos de los pacientes obtenían alguna mejoría en su sintomatología.

Siguieron luego una serie de urólogos intentando la resección del adenoma de la próstata por vía uretral, en América y en Europa; algunos por métodos más simples y otros más expuestos, y nuevamente sus intentos fracasaron y cayeron en desuso.

La exclusión de este medio trajo el desarrollo y perfeccionamiento de

la prostatectomía a cielo abierto, que por cierto fué adoptada por sus brillantes resultados, en relación a todos los métodos transuretrales intentados anteriormente. Otros veinticinco años debieron pasar hasta que el moderno resectoscopio fué diseñado. Mientras tanto, se perfeccionó más y más la prostatectomía suprapúbica y perineal que cada vez daba mejores resultados, a medida que la preparación previa del enfermo se realizaba, colocándolo en las mejores condiciones.

El moderno resectoscopio debe su existencia a tres factores: la lámpara incandescente, la corriente de alta frecuencia y la camisa fenestrada.

La lámpara incandescente fué inventada por Edison en 1879 y utilizada por primera vez con éxito para examinar la vejiga, por Nitze y Leiter en 1887.

El descubrimiento de la corriente de alta frecuencia y su aplicación a la cirugía, constituye el segundo factor primordial para la evolución del resectoscopio.

En 1888 Hetz logró obtener corriente oscilatoria de alta frecuencia, y D'Arsonval en 1890 descubre que corrientes de más de 10.000 oscilaciones por segundo, pueden pasar a través del organismo sin causar otra sensación que calor; observación que permitió la aplicación de la corriente de alta frecuencia en el tratamiento de la artritis, enfermedades musculares y del sistema nervioso.

José Rivieri, un médico parisiense, mientras se empleaba el aparato para diatermia de alta frecuencia de D'Arsonval, observó que al tomar uno de los electrodos, accidentalmente saltaba una chispa al ponerse éste en contacto con la piel. También notó que el efecto de la chispa no producía grandes trastornos ni quemaduras muy intensas.

La primera aplicación de la corriente de alta frecuencia en Urología fué hecha por Edwin Beer quien en 1910 describió la técnica de su aplicación a través del citoscopio, para la destrucción de un tumor de la vejiga. El desarrollo de esta técnica es uno de los más grandes avances en la historia de la Urología, pues ello marcó la huella para los métodos posteriores demostrándose que la corriente de alta frecuencia podía ser utilizada bajo el agua; pero, el desenvolvimiento y el progreso de la corriente de alta frecuencia capaz de ser utilizada para el corte y la electrocoagulación sólo se llegó a perfeccionar en 1931.

El tercer descubrimiento esencial para la moderna resección transuretral fué el principio del tubo fenestrado.

Con la invención de su instrumento para el "punch" en 1909, el doctor Hugh H. Young creó el primer aparato para la resección transuretral, y su propósito fué exclusivamente la escisión del tejido de obstrucción del cuello

de la vejiga, y ésto lo hacía engarzando el tejido dentro de la fenestra. Young lo cortaba por medio de un cuchillo tubular que corría dentro de la camisa del instrumento.

El principio del tubo fenestrado evolucionó desde el desarrollo y se modificaron los equipos usados para el tratamiento de la obstrucción prostática. Todos los instrumentos que se emplearon en un comienzo para esta operación eran improvisados y ninguno de ellos efectuaba satisfactoriamente la escisión del tejido.

En "punch" de Young no permitía al cirujano inspeccionar el campo operatorio en toda su amplitud mientras se efectuaba los cortes, y también lo obligaban a trabajar ciegamente; además, no estaba provisto de un medio para controlar las hemorragias.

El instrumento, más tarde perfeccionado por Braash, Caulk, y otros, subsanó en parte las deficiencias. En 1926 Bumpus modificó el citoscopio de visión directa de Braash, colocándolo, además, en el extremo de la fenestra y usaba además un cuchillo tubular. La hemorragia era cohibida con corrientes de alta frecuencia, por electrocoagulación a través de un electrodo flexible. Es, pues, a Bumpus, al que se debe acreditar el mérito de haber sido el primero en diseñar un aparato totalmente unificado para efectuar la prostatectomía transuretral.

El aprovechó los tres inventos incorporados a un solo instrumento haciendo exitosa la resección transuretral: la lámpara incandescente, la corriente de alta frecuencia, y el tubo fenestrado.

Otro de los grandes perfeccionamientos fué la aparición del instrumento de Maximiliano Stern, al cual se le proveyó de una lente en sistema, que permitía la visión del campo operatorio. En este instrumento se empleó la camisa fenestrada; pero, el cuchillo tubular fué reemplazado por un ansa de tungsteno con la cual el tejido prostático se incide mediante el paso de la corriente de alta frecuencia.

El resectoscopio de Stern (él lo llamó así), fué el precursor de nuestros actuales instrumentos, pero tampoco fué muy satisfactorio su resultado, pues la corriente de alta frecuencia entonces disponible era inadecuada para el corte bajo el agua.

Mc Carty mejoró el aparato de Stern colocándole una camisa de baquelita, y moviéndola por medio de un dispositivo especial.

Esto dió grandes ventajas que luego se reafirmaron con la adaptación de las lentes para la visión desde distintos ángulos y el desarrollo de la corriente de alta frecuencia más eficiente para estos fines.

Realmente el resectoscopio actual, es producto del genio inventor moderno. Con este legado el cirujano es capaz de reseca gran parte del tumor

sin llegar a la destrucción de los tejidos. Se puede orientar dentro del campo operatorio mejor, y ayudado por el sistema de lentes empleado en los modernos instrumentos es capaz de localizar toda la estructura dentro del campo operatorio. La hemorragia es perfectamente controlada en todo momento, y empleando instrumentos mediante los cuales queda libre la otra mano, el cirujano puede realizar la palpación rectal, estando provisto así de la sensación táctil tan bien como la guía visual de control, durante la operación.

El reseccionista práctico es capaz de resecar toda la próstata enferma con una cuidada y meticulosa técnica operatoria, obteniendo una baja mortalidad y resultados finales comparables con aquellos obtenidos por los cirujanos en la prostatectomía abierta.

Desde el punto de vista del paciente, la ventaja más importante de la prostatectomía transuretral, es la concerniente a la seguridad de la operación, al mayor confort durante la hospitalización, y la corta duración de la incapacidad que resulta de esta operación, así como también la excelencia de sus resultados.

La mejor garantía que los pacientes obtienen ventaja es la gran cantidad de adeptos, quienes habiendo sido informados por otros operados prefieren y eligen este método operatorio; pero, existen algunas ventajas en esta operación, que deben ser analizadas y discutidas. Sin embargo, debe afirmarse que ello depende sobre todo de la habilidad con que se ejecuta su técnica.

El control de la hemorragia durante la resección, puede ser realizado en todo momento por el empleo sistemático de la técnica operatoria, y nunca la hemorragia como complicación, es tal, que necesite el taponaje suprapúbico. Así mismo si el reseccionista es habilidoso no debe usar la corriente cortante, excepto cuando está perfectamente orientado y debe reconocer muy bien las regiones vulnerables para evitar traumatizarlas con el resectoscopio.

Durante los doce años pasados, sobre mil resecciones transuretrales que se efectuaron en el Hospital Universitario de Michigan, nunca se vió la ruptura de la vejiga y nunca el recto ha sido lesionado por el resectoscopio. Cuatro pacientes tuvieron transvasación de orina por ruptura de la cápsula, y sólo tres pacientes tuvieron incontinencia de orina.

Teniendo en cuenta el hecho de que casi la mitad de los casos fueron realizados por médicos residentes, que cambian casi todos los años, puede considerarse que las complicaciones que mencionamos pueden evitarse cuando se trabaja con meticulosa técnica y cuidado.

Hay algunas complicaciones post-operatorias que deben prevenirse, ya que ocurren a veces y son fáciles de control. *La inadecuada resección en cantidad, es la mayor parte de las veces responsable de los malos resultados.*

En los primeros tiempos de la resección transuretral, los cirujanos que

la efectuaban creían que sólo era necesario reseca una pequeña cantidad de tejido prostático, para evitar la obstrucción. Nosotros conocemos ahora que la resección incompleta de la masa adenomatosa, es seguida a menudo por la persistencia de la retención, orinas turbias e infectadas, repetición de las hematurias y disuria.

Estas desagradables secuelas no deben ocurrir cuando se efectúa una completa resección. Otra complicación post-operatoria, es la estrechez traumática de la uretra. Esto ocurre y se observa frecuentemente cuando se emplean aparatos de calibre grande y que no se acomodan a todas las uretras.

Las estrecheces pueden ser evitadas si el cirujano tiene sumo cuidado en la introducción del instrumento y trata de no traumatizar la uretra; también conviene efectuar uretrotomía perineal cuando el aparato no entra con toda facilidad.

La opinión ya ha sido expresada de que el porcentaje de las obstrucciones por estrecheces uretrales son insignificantes, y poco más o menos las mismas que siguen a la suprapúbica, y no son un impedimento para la resección.

Nosotros sabemos que la recidiva de la hipertrofia de la próstata puede observarse en cualquiera de las intervenciones, y todos los cirujanos han visto recidivas consecuentes a la resección tanto por vía suprapúbica como por vía perineal. Sólo la extirpación de la glándula hasta su cápsula anatómica puede considerarse como medida profiláctica para la recurrencia del adenoma.

Nosotros hemos tenido oportunidad de intervenir a un anciano que había sido tratado anteriormente en dos oportunidades por vía quirúrgica alta. Estas y otras experiencias similares indican claramente que la recidiva del adenoma de próstata puede ocurrir sea cual fuere el método de tratamiento, y ello mantiene la razón de que la recidiva de la hipertrofia ocurra a consecuencia de la mayor o menor perfección con que se ha efectuado la resección transuretral, y sobre todo, de la cantidad total de tejido que se ha liberado.

En los primeros tiempos de la resección, la recurrencia del adenoma era mucho más frecuencia que en la actualidad, en que la habilidad del cirujano permite la resección de casi todo el tejido adenomatoso.

Es evidente que la resección transuretral tiene sus grandes ventajas sobre la supra-púbica y la perineal, en aquellos casos en que la resección puede ser realizada con toda destreza y bajo condiciones ideales; la desventaja esencial de la operación depende de las imperfecciones de su realización. La medida del éxito que han obtenido algunos servicios que se han dedicado conciente y pacientemente al perfeccionamiento de la resección, nos parece justificar el esfuerzo realizado en esos centros.

La técnica de la resección transuretral no depende de una sola maniobra ni de circunstancias aprendidas al azar: es un procedimiento que tiene sus

dificultades, y la principal de ellas es que alcanza su perfección después de una larga y paciente experiencia. El cuidado en la dirección de la resección como en la prostatectomía a cielo abierto, puede no tener efectividad; pero, el hecho de que sea un procedimiento que tiene dificultades, no puede ni debe proscribirla. La complejidad de una técnica no puede condenar un procedimiento.

No hay razón, sin embargo, por la cual la dificultosa técnica de la resección la haga inabordable en la cirugía endoscópica y el cuidado con el cual el médico asistente hace su práctica en ella, puede disipar el concepto de operación dificultosa.

Una descripción técnica de la resección transuretral no puede ser realizada en el poco espacio en que deben ser escritas estas carillas; pero, pueden resumirse algunas de las más importantes maniobras mediante las cuales se alcanzan conocimientos que nos familiaricen con esta intervención.

La masa adenomatosa es resecada por medio de una serie de maniobras circulares destinadas a efectuar el corte de trozos glandulares, desde la parte donde se hallan los vasos periféricos que son subsidiarios de los que existen en la cápsula. Por estas maniobras circulares el cirujano es capaz de reseca la mayor parte de la glándula con gran facilidad y exactitud, y la fragmentación y escisión de las masas vascularizadas es realizada con un máximo de seguridad y un mínimo de pérdida sanguínea.

Cuando el tejido glandular es cortado en esta forma el cirujano es capaz de obtener gran cantidad de él en un corto espacio de tiempo, porque las maniobras básicas de la intervención (la maniobra circular), son esencialmente las mismas.

En los casos de glándulas grandes o pequeñas, la fragmentación y remoción de las masas vasculares aisladas, comprometen la menor parte del tiempo total. Cuando la próstata es resecada de esta manera, el cirujano es capaz de obtener una gran cantidad de tejido en el menor tiempo posible.

En la mayor parte de los casos las maniobras se realizan en tres zonas: la intravesical, que corresponde a la parte glandular proyectada dentro de la vejiga comprendiendo por lo general el lóbulo mediano agrandado, y los laterales si se hallan muy hipertrofiados; la segunda, comprende la zona adenomatosa que habita la fosa prostática. La parte que resta ocupa el apex de la fosa.

La resección del tejido en todas estas regiones es facilitada por la percepción de las tres dimensiones a la cual contribuyen la palpación rectal, mientras la operación progresa.

Las indicaciones de la resección son las mismas que las de la prostatectomía. Ordinariamente el diagnóstico de prostatismo es fácilmente realizable.

En algunos casos, no obstante, los antecedentes son tan importante como la misma observación clínica. En los casos dificultosos en que existen dudas, el diagnóstico debe establecerse después de una prolija observación del enfermo.

El síntoma más importante del prostatismo es la retención que puede llegar a adquirir distintos grados, desde la retención completa hasta la ligera disuria que no permite advertir al enfermo que su orina no se evacúa totalmente.

No es poco corriente encontrar pacientes en los cuales no hay evidencia de obstrucción, y que ni siquiera han notado disminución en la forma y proyección del chorro de orina. En estos casos el cambio se produce tan lentamente que el paciente no lo percibe y la alteración de la función es notada por éste recién cuando se efectúa la resección y se reintegra totalmente la micción a la normalidad.

Nosotros hemos observado muchos pacientes en los cuales encontramos gran cantidad de orina residual, cuyas vejigas estaban groseramente trabeculadas, pero que insistían en que no tenían ningún trastorno miccional. Estos pacientes eran los primeros sorprendidos cuando, después de la resección, evacuaban tan bien su vejiga que entonces, comparativamente se convencían de su anormalidad pre-operatoria, anteriormente ignorada por ellos.

Síntomas asociados a la retención que permiten hacer el diagnóstico de prostatismo son la polaquiuria, nicturia, hematuria a repetición, o infección recurrente del tractus urinario. Estos dos últimos síntomas son los que mejor advierten al enfermo de su cambio patológico en el aparato urinario. Los llamados síntomas silenciosos de prostatismo son: debilidad, facilidad para fatigarse, somnolencia diurna, pérdida de apetito y constipación.

Los urólogos muy experimentados están familiarizados con enfermos de edad a quienes a despecho de su distensión crónica de la vejiga, que los obliga a no abotonarse los pantalones, sólo se quejan de la incomodidad de despertarse muchas veces durante la noche.

El diagnóstico de prostatismo es fácilmente hecho en los enfermos cuya historia demuestra la existencia de trastornos en la evacuación, pérdida de la fuerza de la parábola del chorro, aumento de la frecuencia de las micciones, y por el tacto rectal se advierte el aumento de tamaño de la próstata. El cirujano no tiene grandes dificultades para determinar hasta cuándo el tratamiento quirúrgico está o no indicado.

En los casos en que los síntomas subjetivos sean menos evidentes es necesario efectuar un prolijo examen médico antes de hacer el diagnóstico. Ciertos hallazgos sobresalientes tienen su significación en cada caso. La presencia y la cantidad, o la ausencia de orina residual es de gran importancia en el diagnóstico.

Es generalmente conocido que la presencia de residuo constituye la primera indicación de obstrucción del cuello de la vejiga. Puede, sin embargo, existir alto grado de obstrucción del cuello vesical sin retención, y ello es debido a que el músculo de la vejiga se halla en estado de compensación en la demanda impuesta por la obstrucción. En ambos casos la obstrucción fisiológica resulta de la afección prostática y puede llegar desde la retención parcial hasta la completa.

Cuando es observado un enfermo con residuo vesical, existen otros tres signos sobre los cuales se apoya el diagnóstico de prostatismo: 1º, la anormalidad del chorro de la orina que es observado por el médico; 2º, la presencia de una vejiga hipertónica que es estudiada por la cistometría; 3º, la gruesa trabeculación de la vejiga demostrada por examen citoscópico. Estos signos son suficientes para establecer el diagnóstico realizando la investigación lo más minuciosa posible, incluyendo el examen citoscópico.

Nosotros hemos visto una gran cantidad de pacientes en edad prostática, padeciendo como único síntoma una infección ascendente. Estos no presentan signos de obstrucción, ni residuo, y en algunos casos, ni siquiera el aumento de tamaño de la próstata.

Diagnóstico de prostatismo fué efectuado en cada uno de estos casos por los dos hallazgos objetivos: alteración de la próstata capaz de producir la obstrucción, y una gruesa trabeculación de la vejiga indicando la hipertrofia muscular consecutiva. En ambos casos la prostatectomía debe ser indicada, ya que la demora en este tipo de prostatismo tanto como en los otros, invariablemente lleva al cambio patológico, aumentando el estado de desequilibrio de la vejiga y del aparato urinario superior.

En los pacientes en los cuales el único síntoma es la hemorragia, el diagnóstico diferencial es más difícil de efectuar ya que este síntoma es casi siempre el índice de la presencia de una afección maligna en el tractus urinario.

Si la hematuria es inicial o terminal, si el paciente ha observado coágulos de sangre sin cólicos (sugestivo ésto último de afección del tramo superior), si el examen cistoscópico muestra un alargamiento intravesical o intra-uretral de la próstata capaz de producir la hematuria por obstrucción, y si la vejiga muestra trabeculación (con o sin residuo), el diagnóstico de prostatismo es terminante y el cirujano debe poner sobre aviso al paciente indicándole la prostatectomía siempre y cuando el pielograma haya descartado la presencia de un tumor renal.

A los pacientes a los que se les encuentra hipertrofia prostática que se produce por síntomas irritativos pero no por obstrucción fisiológica, puede hacerse tratamiento conservador tal como aplicación de calor y algunos masajes ocasionales. El calor puede ser aplicado por diatermia, irritación rectal,

o baños de asiento. De los tres, el último es el que está más al alcance de los enfermos, el más fácil de administrar y también, quizá, el más efectivo.

La irritación producida por el adenoma puede ser tratada también por la esencia de sándalo, y otros así llamados analgésicos, tomados por boca. Si ninguna de estas medidas lo alivian la prostatectomía está indicada.

La elección de tal o cual operación debe ser objeto de un juicio individual. Cada cirujano establece su propio criterio en cuanto a la selección de sus casos y ello es regido por su experiencia y habilidad para la ejecución de tal o cual método.

Los cirujanos urólogos, por lo general, tienen el criterio que la resección transuretral debe realizarse exclusivamente en los casos de esclerosis o enfermedad del cuello, y otros también hacen de ella una operación de elección para el cáncer de la próstata.

Planteado el problema desde este punto de vista el moderno cirujano elige su operación para el tratamiento de la hipertrofia benigna, y estas dudas son mayores en estos últimos veinticinco años, cuando se ha podido comparar mejor las ventajas de la prostatectomía perineal suprapúbica y la resección.

El desacuerdo entre los urólogos no se refiere a la posibilidad de utilizar la resección endoscópica en el tratamiento, sino *en cuando, se puede utilizar*, adoptando este método entre los demás, y *cuando debe utilizarse el uno o el otro*.

Algunos creen que sólo los lóbulos medianos deben ser tratados por la resección transuretral, mientras que otros lo hacen también cuando existen lóbulos laterales pequeños. Es realmente inexplicable y difícil de entender como una misma operación puede ser considerada fundamentalmente útil en unos casos y en otros no.

Llega así a plantearse una pregunta: que es en la actualidad lo que establece el límite entre un adenoma grande y uno pequeño?

Se ha sostenido a menudo que la resección transuretral no está indicada para el tratamiento de las próstatas de gran volumen, porque la gran extensión de superficie que debe denudarse al efectuar esta operación, dilata la cura, resultando así una larga sepsis urinaria.

La experiencia no reafirma esta opinión: está bien establecido que la excelencia de los resultados post-operatorios de la resección, no depende del tamaño de la próstata sino de la cantidad más o menos completa de tejido anormal que se ha reseca. *El fracaso debe atribuirse a la permencia de tejido que ha sido desprovisto de su irritación*, el cual irremediamente va a la supuración dilatando así la cicatrización de las superficies cruentas. Esto sucede en la resección de glándulas de cualquier tamaño. Es así que el post-operatorio no depende de la cantidad de tejido que se halla reseca; la cura-

ción es completada no solamente por la extensión y crecimiento del tejido epitelial, desde la vejiga y la uretra membranosa sino también por la extensión epitelial desde los innumerables conductos prostáticos y acinis que han quedado en la fosa, actuando como islotes de tejido epitelial regenerativo.

El epitelio cuboide de estas estructuras sufre una metaplasia plano (escamosa), y rápidamente cubre el área denudada.

Es evidente que la contraindicación depende y debe ser determinada por la habilidad del cirujano para realizar una perfecta prostatectomía, cualquiera que sea el tamaño de la glándula.

Es mi creencia que todas las hipertrofias de la glándula prostática, excepto aquellas de excesivo tamaño, pueden ser tratadas perfectamente por la resección transuretral. En los casos en que la resección no puede ser completada en una hora, nosotros preferimos más bien efectuar la prostatectomía suprapúbica o la resección perineal, que tiene el mismo riesgo que efectuar varios tiempos de resección.

En el presente, aproximadamente el 90 % de los casos operados en el hospital de la Universidad de Michigan, son tratados por el método de la resección transuretral, mientras que sólo el 10 % fueron sometidos a la prostatectomía abdominal.

La perineal o supra-púbica es elegida de acuerdo a la indicación de cada uno de los casos.

Los pacientes sometidos a la resección cuentan con mucho menor morbilidad. El dolor es raramente advertido después de la operación, a tal punto que cuando existe, debe suponerse que hay alguna complicación y el cirujano tendrá que observar inmediatamente al enfermo para determinar aquella y hallar la solución.

Menos del 10 % necesitan sedantes post-operatorios. La infección es una rara complicación después de la intervención, y nosotros encontramos que sólo el 5 % tienen temperatura poco más o menos alta en el post-operatorio. Los enfermos pueden levantarse entre el primero y tercer día; el catéter puede retirarse después de este plazo, y en el resto del período de convalecencia los pacientes pueden gozar del placer de caminar por la sala, y orinal normal y confortablemente sin necesidad de curaciones ni drenajes, que indefectiblemente deben acompañar a toda prostatectomía abierta.

A los pacientes que viven en las inmediaciones del hospital se les permite ir a la casa entre el quinto y octavo día del post-operatorio; mientras que los que viven lejos sólo son dados de alta entre el décimo y duodécimo día.

Después que el enfermo deja el hospital se le indica quedar inactivo durante dos semanas; pero se les permite volver a su actividad al final de di-

cho período de tiempo. Un mes después es citado para que concurra al hospital a fin de ser observado. En este período de tiempo el paciente debe tener ya sus micciones normales, excepto la nicturia (dos o tres veces), sin cisuria, y la orina debe ser clara y con poca cantidad de leucocitos. Excepcionalmente el enfermo se queja de disuria en el momento en que es observado. Generalmente existen algunos rastros de ligera infección que es tratada con agentes terapéuticos.

La prostatectomía transuretral debe ocupar un importante lugar en la cirugía urológica.

Resumiendo, las ventajas de que goza el paciente en el período postoperatorio son: 1º, liberación de las consecuencias de la infección; 2º, liberación del drenaje; 3º, restablecimiento de la micción que se hace confortable; 4º, libertad de acción durante su estadía en el hospital y durante el período de convalecencia, lo cual implica evitar muchas complicaciones en enfermos de edad, que son tan lábiles; 5º, abandono del hospital dentro de las dos semanas que siguen a la operación.

Hoy en día algunos urólogos que pueden realizar cualquiera de los métodos quirúrgicos de la prostatectomía, prefieren la resección y algunos de ellos la efectúan en todos los casos, hallándose plenamente conformes de sus resultados.

Esta operación debe ser limitada solamente por la habilidad técnica del cirujano, para realizarla. Con el mejoramiento de la técnica individual, el urólogo puede determinar la utilidad de esta operación para el tratamiento de gran cantidad de enfermedades de la próstata.

---

## Análisis de las operaciones en prostáticos, en el Hospital de la Universidad de Michigan

Durante los años 1942, 43 y 44

Este resumen corresponde a la presentación de mil ciento cincuenta pacientes operados de obstrucción prostática por mis colaboradores y yo, en este período de tiempo. Un análisis de estos datos permitirá fácilmente establecer la diferencia entre uno y otro método, mejorando además, nuestras técnicas. El cuadro N° 1 muestra una lista de pacientes tratados por varios métodos de

intervención; 96 % fueron sometidos a la resección transuretral, mientras que el resto fueron intervenidos en la misma proporción por vía suprapúbica.

CUADRO N° I

Prostatectomía perineal . . . . .	23 casos . . . . .	2 %
„ suprapúbica . . . . .	23 „ . . . . .	2 %
Resección transuretral . . . . .	1.104 „ . . . . .	96 %

*Resección transuretral*

Por cáncer de próstata . . . . .	162 casos . . . . .	14,6 %
„ prostatismo benigno . . . . .	942 „ . . . . .	85,4 %

Es evidente que a medida que pasa el tiempo es para nosotros la resección una intervención de elección, ya que en el año 1942 las estadísticas anteriores daban sólo el 87 % de resectomizados; las estadísticas hasta el año 1944 incluyen un total de 1.104 casos, de los cuales 942 padecían de prostatismo benigno; éstas incluyen la hipertrofia benigna, la enfermedad del cuello vesical, y también algunos casos de vejigas neurogénicas con hipertrofia del esfínter vesical, que requiere la escisión por medio del resectoscopio.

Los datos clínicos revelan que el promedio de edad era de 68,4 años; el más anciano de los pacientes contaba 91 años de edad, siendo el más joven de 15. El joven de 15 años de edad fué tratado por hipertonia del esfínter interno, de origen neurológico, que le producía una gran retención con un residuo de 600 c.c. La resección de dos o tres gramos de tejido determinó tal mejoría, que evacuaba la vejiga sin ninguna dificultad, totalmente.

Un número de 368 enfermos (39 %), necesitó preparación previa con sonda permanente durante distintos períodos de tiempo antes de la operación, con el fin de tratar la retención o la descompensación muscular de la vejiga con incontinencia por rebalsamiento, y ciento veintiocho de los casos tenía una marcada retención nitrogenada cuando fueron admitidos en el hospital. De estos novecientos cuarenta y dos enfermos de prostatismo benigno, treinta y dos ya habían sido intervenidos anteriormente; diecinueve resectomizados en nuestro servicio, mientras que catorce habían sido intervenidos en otra parte, y uno con prostatectomía perineal.

Es un hecho de considerable interés para nosotros observar la reacción de los pacientes, tanto de los operados por nosotros o bien en otros lugares.

Es así que en los 33 casos que fueron operados por resección transuretral, ninguno tuvo inconveniente en permitir que se repitiera la intervención, mientras que los tratados por prostatectomía abierta estaban ansiosos de ser sometidos a la resección transuretral.

La litolapaxia fué efectuada en 29 casos. Nosotros creemos que la presencia de cálculos no constituye una contraindicación para la resección, excepto en los casos en que ellos son de tamaño grande o bien se encuentran alojados en divertículos.

Para la realización de la litotricia utilizamos el litotritor de Bigelow, y seguimos la técnica preconizada por Hugh Cabot en su moderno tratado de Urología, que ha modificado el método de evacuación de los fragmentos, empleando la camisa del resectoscopio y el evacuador de Ellik.

La meatotomía se efectuó en 44 casos (4.7 %), y la incisión perineal de la uretra en 188 (20 %); este procedimiento lo empleamos en los casos de absoluta necesidad para evitar cualquier traumatismo de la uretra; nosotros creemos que es preferible realizarlo a traumatizar la uretra, lo cual predispone a una infección durante el post-operatorio, y es a ello que se debe la mayor parte de las estrecheces post-operatorias. Hacemos la meatotomía cuando no hay calibre al paso del beniqué 60, y empleamos la incisión perineal cuando la uretra peneana impide acomodar bien al rectoscopio. También la realizamos cuando el ligamento suspensor es corto, o cuando la glándula prostática está extraordinariamente alta en relación a la pelvis, y casi inaccesible. En esta última circunstancia la uretrotomía permite trabajar más confortablemente en las próstatas de gran tamaño.

A propósito de esto es interesante notar que una reciente recopilación de estadísticas de resección transuretral, realizadas por hipertrofia en glándulas de gran tamaño (por ejemplo, de más de 50 g.), determinan que la uretrotomía sea realizada en 33,4 % de los casos. Al final de la operación la incisión es cerrada por una o dos puntadas de catgut, y no es corriente observar pérdida de orina a través de la incisión perineal en ningún momento del post-operatorio. Nosotros hemos visto estrechez de la uretra bulbar solamente en un paciente, a continuación de la incisión perineal, y en este caso la colocación de una sonda fué necesaria únicamente una vez, para efectuar la cura.

La cantidad de tejido resecado en los 942 casos de prostatismo benigno varía entre cantidades menores de 1 gramo y 190 gramos; este último resecado en dos tiempos.

El siguiente cuadro muestra una lista de casos con la cantidad de tejido resecado.

## CUADRO N° II

Cantidad de tejido resecaado por debajo de:

15 gramos .....	350	casos
16 a 45 .....	376	„
46 a 70 .....	124	„
71 a 100 .....	47	„
más de 100 gramos .....	26	„
Cantidad no registrada .....	19	„
Cantidad máxima en una resección:	160	„ (en dos casos)
Cantidad máxima en dos resecciones:	190	„
Término medio general .....	31.1	„
„ „ en adenomas .....	39.1	„
Reoperados .....	31	„

La cantidad máxima removida en una sola sección fué de 160 grs., que ocurrió en dos oportunidades. Nosotros somos de opinión que *la hemorragia aguda* constituye uno de los más grandes peligros de la resección transuretral y por esta razón medimos la pérdida sanguínea en todos los casos y cuando ésta es excesiva efectuamos el equivalente en transfusiones de sangre total; en los casos de grandes adenomas hacemos la transfusión previa a la intervención. la siguiente tabla muestra la pérdida sanguínea en 769 de los 942 casos de prostatismo benigno tratados por resección transuretral:

## CUADRO N° III

0 a 50 c.c. ....	250	casos
51 a 100 c.c. ....	131	„
101 a 200 c.c. ....	155	„
201 a 350 c.c. ....	116	„
351 a 500 c.c. ....	81	„
500 a 750 c.c. ....	27	„
750 a 1000 c.c. ....	7	„
más de 1000 c.c. ....	2	„
Hemostasia post-operatoria .....	20	c.c.
Transfusiones operatorias .....	32	c.c.
„ post-operatorias .....	70	c.c.
Total .....	102	c.c.

Porcentaje medio de hemorragias en 769 casos: 168 c.c.

La hemostasia post-operatoria fué necesaria por la obstrucción de los cateteres, o la excesiva pérdida de sangre.

*Las ventajas económicas* consisten en los pocos días de internación de los enfermos, así como también el menor consumo de las curaciones costosas puntualizadas ya desde hace años por Alcock; el promedio de hospitalización pre-operatoria por el grupo total de casos benignos fué de 4,4 días, y el más largo fué de 66 días.

El más largo período post-operatorio de los 942 casos, fué de 38 días, con un promedio de 11,11; el promedio total de hospitalización fué de 15.5 días, en consideración con el largo período de hospitalización; debemos remarcar que, prácticamente, casi todos nuestros casos vienen de fuera de la ciudad, y deben permanecer necesariamente en el hospital durante el período total de su permanencia en An Arbor. Las ventajas económicas inherentes a la corta hospitalización se obtienen comparándola con la prostatectomía abierta; el promedio de la hospitalización total en 100 casos tratados por la vía suprapúbica fué, durante los años 1925, 1926, de 42,9 días.

Probablemente en la actualidad, con los perfeccionamientos de la técnica contemporánea, el porcentaje sea mucho menor; sin embargo, nosotros creemos que el porcentaje de la resección transuretral con respecto a la prostatectomía abierta, es mejor en lo que concierne a la hospitalización.

La mortalidad operatoria y post-operatoria constituye quizá el dato más importante en toda operación. El cuadro adjunto muestra la mortalidad operatoria en los pacientes durante los años 1942, 43 y 44, e incluye todas las muertes ocurridas en el hospital, en esta serie, en los Servicios de Urología, o en cualquier otro servicio (casos de existir complicaciones):

#### CUADRO N° IV

Mortalidad operatoria en todas las operaciones de prostatismo, en todas las operaciones durante 1942, 43, 44:

	casos	muertes	mortalidad
Prostatectomía perineal . . . . .	23	1	4,34 %
„ suprapúbica . . . . .	23	2	8,70 %
Resección transuretral . . . . .	1.104	17	1,45 %

Las operaciones perineales y supra-púbicas se efectuaron exclusivamente en los casos indicados para esta operación, y se puede tener la seguridad que aquellos cuarenta y seis pacientes que fueron sometidos a prostactomía abierta tenían, en la mayor parte de los casos, menos riesgo favorable que los operados

por resección transuretral. Por otra parte, como observaremos más tarde, hay muchos pacientes a los que se les indicó resección transuretral, pues cualquier otra operación estaba contraindicada. La mortalidad durante la resección transuretral en el tratamiento del cáncer de próstata (3,09 %), era materialmente más alta que en las lesiones benignas, que era 1,26.

Con propósito de comparación fueron recopiladas las estadísticas de cantidad de pacientes tratados con obstrucción prostática en el hospital Universitario durante los años 1921-31 inclusive; estos datos van a continuación en el cuadro siguiente:

CUADRO N° V

	casos	muertes	mortalidad
Total de casos operados desde 1925-31 .....	676	100	16,3 %
Total de casos operados desde 1942-43-44 .....	1150	20	1,7 %
Prostatectomía suprapúbica en dos tiempos, durante los años 1925-31 .....	396	73	18,4 %
Resección transuretral durante los años 1942-43-44 ...	942	12	1,3 %

En total fueron tratados 676 casos por obstrucción prostática benigna y maligna, durante los años 1925 a 1931.

La comparación operatoria de ambos períodos muestra que la mortalidad es mucho menor en los casos de resección transuretral. Aún más con las conquistas de los quimioterápicos se han disminuído los riesgos operatorios y el perfeccionamiento de ambos métodos ha traído la disminución de la mortalidad en ambos tratamientos. Sin embargo, en nuestra última serie de enfermos que comprendían 1.104 casos, sólo existía una mortalidad de 1,45 %. En los otros mil casos antes de 1942 eran el 2,1 %.

Estas dos series de casos comprenden en total 2.104 enfermos tratados por mí y mis colaboradores, y la mayor parte de los pacientes eran casos de la sala que tienen más riesgos que los privados en los cuales la mortalidad alcanzaba sólo al 1,8 %.

Es creencia de autor que la baja cifra de mortalidad obtenida debe ser acreditada al método por el cual se ha operado, y que una serie de enfermos

tratados por cualquier otro método de prostatectomía abierta, puede tener un margen mayor de mortalidad.

## CUADRO N° VI

*Análisis de la muerte consecutiva a resección transuretral (42, 43, 44)*

	Benigno	Carcin.	Total
Riesgos desfavorables para la operación . . . . .	3	—	3
Colapso cardíaco después de la operación . . . . .	3	—	3
Preparados inadecuadamente para la operación . . . . .	2	—	3
Infarto pulmonar y trombosis	2	—	3
Ruptura de cápsula con extravasación . . . . .	1	1	2
Pérdida sanguínea lenta post-operatoria con shock diferido . . . . .	1	—	1
Neumonía post-operatoria . . .	1	—	1
Edema pulmonar consecuente a la administración de salinos	1	1	2

Muertes que probablemente podrían ser prevenidas: 7 casos.

Los cuatro casos que anotamos con riesgos desfavorables para cualquier operación corresponden a demencias seniles y retenciones urinarias completas, algunos con carácter y otros con drenaje suprapúbico, y que fueron catalogadas como impracticables.

Las ventajas obvias de la resección transuretral sobre cualquier otro tipo de operación en estos casos es que muchos enfermos que parecían inoperables han mejorado. Tres pacientes que sufrían de oclusión coronaria y murieron de colapso cardíaco durante el período post-operatorio, mientras que dos murieron de infartos pulmonares masivos resultantes de embolias originadas en flebotrombosis.

En dos casos la muerte ocurrió en enfermos mal preparados. Ruptura de la cápsula prostática con celulitis pelviana consecutiva ocurrió sólo en dos casos: uno fué operado por mí, y otro por uno de los médicos asistentes. En

ambos casos el accidente fué reconocido inmediatamente y el drenaje suprapúbico realizado inmediatamente.

Los casos de hemorragia fueron tratados con transfusión; pero, la autopsia demostró la presencia de edema pulmonar (también se les había administrado soluciones salinas).

Estos casos demuestran las recientes afirmaciones y observaciones clínicas, demostrando que la solución de cloruro de sodio es muy mal tolerada a continuación de una hemorragia aguda o quemaduras, mientras que son mejor toleradas las soluciones glucosadas, de lactato de sodio o bicarbonatadas.

#### CONCLUSIONES

En el Hospital de la Universidad de Michigan (An Arbor), la mayor parte de los enfermos que padecen de obstrucción prostática, son tratados por medio de la resección transuretral (96 %), en el resumen de estos tres últimos años.

Nuestra experiencia nos permite reafirmar la necesidad de prevenirse de vulnerar las uretras muy péndulas y traumatizarlas, y para ello, lo mejor es introducir el aparato por vía perineal.

La necesidad de la determinación de la pérdida sanguínea es también reafirmada. La baja mortalidad, como asimismo la corta hospitalización en la resección transuretral, reafirman también la importancia de este método desde el punto de vista económico.

El análisis de la cantidad de muertes en estas series, confirman dos hechos importantes: 1º, una preparación adecuada de los pacientes a reseccionar requiere la estabilización de la función renal; y, 2º, que la meticolosa técnica de esta operación es esencial para tener la seguridad en su ejecución.

#### DISCUSIÓN

Sr. Presidente Dr. Trabucco. — *Yo quisiera comentar este trabajo.*

*Quizá sea poco político comentar un trabajo cuando no está presente el que pueda defenderlo, pero me parece que los resultados del Dr. Nesbit son claros. Si calculamos que la pérdida de un litro de sangre es la quinta parte de la sangre total del cuerpo y equivale a la muerte del sujeto y que si se hace una prostatectomía por vía suprapúbica o perineal jamás se llega a perder ni remotamente 100 grs., si tenemos en cuenta que los resultados son exclusivamente hechos desde los años 1941 a 1944 y que los casos de muerte por los otros procedimientos parten del año 1926, cambia fundamentalmente la cuestión.*

*El problema de la resección endoscópica se planteó justamente en 1930 porque la prostatectomía suprapúbica o perineal en ese entonces era una cosa*

seria y grave. El índice de mortalidad se elevaba hasta el 10 ó 12 %. Se eligió la prostatectomía transuretral porque con ella se evitaba la infección masiva, el desequilibrio del enfermo, pudiéndose controlar la hemorragia. Desde 1926 hasta 1938 siguió ese ritmo, pero en este último año, cambiaron las cosas. El enfermo es preparado mejor. Se puede controlar la infección por la sulfamida, penicilina o estreptomina desapareciendo el problema de la infección, del desequilibrio y en toda prostatectomía, ya sea transuretral, suprapúbica o perineal, la mortalidad ha disminuído considerablemente. Tanto es así, que en cualquier servicio del país hoy en día la mortalidad por la prostatectomía suprapúbica escasamente asciende al medio por ciento. Si comparamos eso con los resultados que nos da Nesbit, vemos que en cuanto a la mortalidad, no existe ninguna ventaja.

¿Cuáles son las complicaciones que deja la prostatectomía suprapúbica? Muy de vez en cuando, una incontinencia o una estrechez de uretra posterior. En cambio, las prostatectomías transuretrales suelen dejar estrechez de uretra anterior por traumatismo y si comparamos los resultados hospitalarios veremos lo siguiente: cuando se hace una prostatectomía suprapúbica, haciendo hemostasia de la cavidad, el enfermo puede quedar hospitalizado de 15 a 20 días. En las prostatectomías transuretrales hospitalizan al enfermo de 4 a 5 días, lo dan de alta y el paciente es trasladado a una sala que está cerca, donde queda internado. El enfermo así es dado de alta en el hospital, pero sigue siendo enfermo y la morbilidad de ese enfermo sigue existiendo durante un mes o mes y medio.

Eso no significa que deba condenarse la prostatectomía transuretral. Al contrario, es un éxito de la urología, pero debe tener sus medidas. No es posible indicar una prostatectomía transuretral para extraer más de 25 grs., vale decir, el tamaño de una gran nuez o de una pequeña mandarina. Cuanto más tejido existe, mayores son los vasos, mayores son las arterias, más grande es la hemorragia y mayor es el peligro y el shock. A los que sostienen que se debe sacar tejido adenomatoso hasta la cápsula y ver la cápsula por el cistoscopio, les diré que yo con la pieza en la mano en un cadáver con un adenoma, no me atrevo a decir que veo las estrías de músculo de la cápsula. La cápsula del adenoma es el resto de la próstata que está rechazada, no existiendo tal estría muscular. Eso no se alcanza a ver con el microscopio y mucho menos con el aparato transuretral.

Eso de que se va a extraer todo el adenoma por la vía transuretral es aleatorio. Es imposible controlar la penetración de la corriente eléctrica. Como la sangre es conductora, la corriente eléctrica puede ser conducida hasta 1 ó 2 centímetros de profundidad y ese tejido que se necrosa después tiene que caer. No es el caso de que queden una o dos partículas del adenoma dentro de la

cavidad y de que el éxito de la resección endoscópica dependa de que se saque todo el adenoma. No es cuestión de ese pequeño detalle, que parecería de gran importancia, porque la corriente eléctrica atraviesa lo que se puede llamar cápsula. La morbilidad no se atenúa con la pretensión de querer sacar toda la parte adenomatosa. Cuanto mayor sea el adenoma más va a persistir la morbilidad.

Si nos concretamos en la resección endoscópica a pequeños adenomas, tendremos el mayor de los éxitos. Le podemos asegurar al enfermo que vamos a hacer una resectomía exangüe, que a los pocos días va a poder trabajar. En otras condiciones, es preferible cualquier otro medio de prostatectomía.

Dr. Arrues. — El comentario de la mortalidad es irrefutable. Por los métodos modernos, la mortalidad se ha reducido poco menos que a cero.

En cuanto a los resultados no estoy tan de acuerdo. No he tenido oportunidad de permanecer en el servicio de Nesbit más que una semana, tiempo muy corto por cierto. En cambio, estuve en el servicio del Dr. Alcock, de Iowa, durante un mes, y como le decía hace unos momentos al Dr. Trabucco, he seguido a los enfermos desde su estudio radiográfico. He visto desde las radiografías anteriores a la intervención hasta las radiografías de control realizadas algún tiempo después de la intervención, comprobando cosas maravillosas que me han llamado la atención. He conocido todos los rincones del hospital de Iowa, pero no he llegado a ver ninguna sala especial donde se internara los enfermos después de haber sido dados de alta. He seguido a los pacientes y los he visto en la misma ciudad universitaria caminando a los 10, 15 ó 20 días de la intervención.

En los grandes adenomas no es posible la resección completa, pero creo que se pueden resecar adenomas mucho más grandes de lo que a nosotros nos parece.

Dr. Surra Canard. — De la discusión del trabajo y el comentario del relator parece que existiera una polémica sobre si debe predominar el método cruento o la resectomía. Creo que Ritter, hace muchos años, puntualizó el criterio justo. Existen adenomas que deben ser resecados, otros extirpados por la vía perineal y otros, por la vía suprapúbica, en uno o dos tiempos. Creo que es un procedimiento útil el del Dr. Nesbit, que se agrega a los que conocemos, pero no hay que ser partidario de un procedimiento determinado.

---